

ANNONCE D'UNE INCAPACITE DE GAIN

Entreprise : Contrat no :

Données personnelles de l'assuré(e)

Nom et prénom : Date de naissance :

NSS : Sexe : M F

Adresse :

Tél. privé/portable:

Etat civil dès le : célibataire marié(e) divorcé

lié(e) par un partenariat enregistré partenariat dissous veuf(ve)

Nom et prénom du conjoint : Date de naissance :

Renseignements concernant l'incapacité de gain et la situation professionnelle :

Cause de l'incapacité de gain : maladie accident

Degré et durée % du au

..... % du au

..... % du au

Nom et adresse du médecin traitant :
.....
.....

joindre une copie des certificats médicaux.

Situation professionnelle :

• activité professionnelle exercée avant le début de l'incapacité de gain :

• la personne assurée pourra-t-elle reprendre la même activité professionnelle : oui non

• le contrat de travail est-il ou sera-t-il résilié ? oui non

Si oui, indiquer la date de fin du contrat de travail :

Renseignements concernant les assurances :

assureur pour perte de gain maladie (nom et adresse) :

assureur-accidents (LAA) (nom et adresse) :

joindre une copie de l'annonce remise à l'assureur perte de gain ainsi que les décompte d'indemnité journalière.

Lieu et date : Timbre/Signature de l'employeur :